Pseudoleukämie

und

lymphatische Tuberkulose.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayr. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Johannes Hüttig,

approb. Arzt aus Titschendorf.

Tag der mündlichen Prüfung 9. Mai 1902.

ACAD.
UGD.BAT.
BIBL.

Erlangen 1902.

Druck der Universitäts-Buchdruckerei von E. Th. Jacob.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät München.

Referent: Prof. v. Bauer.

Unter dem von Cohnheim eingeführten Namen Pseudoleukämie wird eine grosse Anzahl von Fällen zusammengefasst, deren gemeinsame Symptome in der Vergrösserung lymphatischer Apparate, besonders multiplen Lymphdrüsentumoren und Milztumor, bestehen, verbunden mit relativer Leucocythose.

Dieses Krankheitsbild wurde zuerst von dem Engländer Hodgkin beschrieben und nach ihm Hodgkinsche Krankheit genannt. In Deutschland wurde die Krankheit zuerst durch Wunderlich genauer bekannt, welcher sie 1858 als „progressive multiple Lymphdrüsenhypertrophie" beschrieb, während Billroth sie später als multiples „malignes Lymphom" bezeichnete. Trousseau in Frankreich gab ihr den Namen Adenie.

Von jeher ist diese Krankheit eine der unklarsten und umstrittensten auf dem Gebiete der inneren Medizin gewesen und erst die neueste Zeit scheint Licht in das Dunkel zu bringen.

Zu welchen diagnostischen Irrtümern der oben angegebene Symptomenkomplex führen kann, soll im Folgenden an einem interessanten Fall gezeigt werden, der auf der medizinischen Klinik in München zur Beobachtung gelangte.

Th. L., 41 Jahre alt, Taglöhnersfrau, wurde am 25. Juni 1901 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese: Pat. hatte in den letzten 6 Wochen unter stets zunehmender Mattigkeit, Schwäche und zeitweise auftretenden Gliederschmerzen zu leiden, die hauptsächlich im rechten Bein auftraten, erst leichteren Grades und mit geringer Schwellung verbunden waren, plötzlich aber sich unter bedeutender An-

schwellung des Beines verstärkten, so dass Pat. nicht mehr gehen konnte.

Vor 4 Jahren seien Drüsenschwellungen am Hals aufgetreten, einige Monate später solche in der Leistengegend, die mehr und mehr zunahmen, der Pat. jedoch keinerlei Beschwerden verursachten.

Vor 7 Jahren hatte sie angeblich Wassersucht, vor 8 Jahren will sie vom „Schlag" gerührt worden sein.

Seit einem Jahr ist Pat. nicht mehr menstruiert.

Der Vater soll an Altersschwäche, die Mutter an Gebärmutterkrebs gestorben sein.

Potatorium und Infektion wird negiert.

Status praesens: Pat. ist mittelgross, von mittlerem Knochenbau, mässig entwickelter Muskulatur, ziemlich reduziertem Ernährungszustand und fast fehlendem Fettpolster. Haut blass und trocken, sichtbare Schleimhäute ziemlich anämisch.

Axillardrüsen, Cervical- und Submaxillardrüsen beiderseits, Infraclavicular- und Inguinaldrüsen links zu derben, teilweise mit der Unterlage fest verwachsenen Packeten angeschwollen, von Haselnuss- bis Apfelgrösse.

Das rechte Bein ist in seiner ganzen Ausdehnung geschwollen und namentlich am Oberschenkel druckempfindlich, Unterschenkel und Fussrücken ödematös.

Steissbeingegend in ungefähr Handtellergrösse gerötet; im Bereich derselben ein bohnengrosser, oberflächlicher, etwas schmierig belegter Hautdefekt; die Umgebung zeigt keine Infiltration.

Respirationsapparat: Hals schlank, Muskulatur hervortretend, Supraclaviculargruben eingesunken, Thorax etwas lang und flach, bei der Atmung sich gleichmässig, aber nur in geringem Grad erweiternd.

Untere Lungengrenzen LH X. Brustwirbelfortsatz, RH etwas höher, RV unterer Rand der V. Rippe, bei der Atmung nur wenig verschieblich.

Perkussionsschall über beiden Spitzen etwas verkürzt, rechts hinten oben deutlicher bis herab zur spina scapulae, im übrigen sonorer Schall.

Atmungsgeräusch allenthalben verschärft vesikulär, RHO mit

bronchialem Hauch im Exspirium, R und LHO dabei trockenes, knackendes Rasseln im Inspirium.

Husten und Auswurf besteht zur Zeit nicht.

Circulationsapparat: Herzdämpfungsgrenzen rechts rechter Sternalrand, oben IV. Rippe, links Mm. Linie.

Spitzenstoss in der Mm. Linie im V. Intercostalraum, von normaler Stärke. An der Spitze ein leises systolisches Geräusch, welches nach dem Sternum zu und auf demselben an Deutlichkeit und Stärke zunimmt und leiser über der Tricuspidalklappe zu hören ist. Die übrigen Töne sind rein, die beiden II. Arterientöne etwas accentuiert.

Herzaktion ruhig und regelmässig, Puls von mässiger Spannung, rythmisch. Am Hals Venenpuls sichtbar.

Digestionsapparat: Abdomen etwas aufgetrieben und gespannt doch nicht druckempfindlich; Tumoren nicht zu fühlen.

Obere Grenze der Leberdämpfung in der Mm. Linie am unteren Rand der V. Rippe; die untere Grenze überragt den Rippenbogen etwa $2^1/_2$ Finger breit und steht in der Medianlinie etwas oberhalb der Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz. Der untere Rand der Leber ist nicht palpabel; Oberfläche glatt, Consistenz etwas vermehrt.

Milz in allen Durchmessern vergrössert (22 : 11,5), wegen der Spannung des Abdomens nicht palpabel.

Appetit gering, Stuhl diarrhoisch.

Die Untersuchung des Harns auf Zucker und Eiweiss ergibt negatives Resultat.

Nervensystem: Linker und rechter Patellarreflex etwas gesteigert, desgleichen Radiusperiostreflex. Achillessehnenreflex links vorhanden, rechts wegen Schmerzhaftigkeit nicht zu prüfen.

Es wird folgende Diagnose gestellt:

Lymphatische Pseudoleukämie, Thrombose der vena cruralis dextra.

Der Verlauf der Krankheit gestaltete sich folgendermassen:

30. VI. Blutdruck 60.

Im frisch eingedeckten Blutpräparat Leucocythen vermehrt. Die roten Blutkörperchen sind etwas blass, zeigen mangelhaft entwickelte Geldrollenbildung, einzelne Formveränderung (Semmel- und Flaschenform).

Zahl der weissen Blutkörperchen 15000, der roten 3560000; Verhältniss 1 : 237. Puls 81, Respiration 25.

Die Temperatur bewegt sich zwischen 36,1° und 38,5° C.

Ordination: Tannalbin 1,0 dos. IV.

1. VII. Blutdruck 50, Temperatur zwischen 36,5° und 38,8°. Puls 76; Resp. 24.

2. VII. I. klinische Vorstellung.

In der linken Leistengegend ist ein Drüsenpacket zu fühlen, welches deutlich fluktuiert. Milz 22 : 11,5. Blutdruck 60. Puls 72, Resp. 24. Die Temperatur steigt bis 38,6°.

3. VII. II. klinische Vorstellung.

Milztumor wie gestern. Die an dem gestern erwähnten fluktuierenden Drüsentumor vorgenommene Punktion ergibt keine Flüssigkeit. Blutdruck 70, Puls 76, Resp. 24. Höchste Temperatur 38,4°.

Diagnose: Lymphatische Pseudoleukämie.

4. VII. Keine Veränderung.

5. VII. In der Bauchhöhle eine mittlere Menge freier, bei Lagewechsel sich verschiebender Flüssigkeit. Puls 60, Resp. 24, höchste Temperatur 37,7.

6. VII. Milz unverändert (22 : 11,5). Ordination: Liq. natr. arsen. (1 %) $^1/_2$ Spritze (= 0,005) subkutan. Auf die Injektion angeblich reissende Schmerzen im rechten Bein. Puls 76, Resp. 24, höchste Temperatur 38,4.

7. VII. Nach dem Einspritzen von 0,01 Arsen vorübergehende Schmerzen. Starke Schmerzen im rechten Bein. Schwellung des Unterschenkels, Fussgelenks und Fussrückens wie bisher, ausserdem Oberschenkel angeschwollen, beträchtliches Hautödem in der r. Leistengegend. Puls 76, Resp. 24, höchste Temperatur 38,4.

8. VII. Schmerzen und Schwellung des r. Beines unverändert. Das Bein wird hochgelagert, ein Verband mit ung. ciner. gelegt, 1 % liq. natr. arsen. 1,2 ccm injiciert. Die Leber hat sich vergrössert und überragt handbreit den Rippenbogen. In der Mittellinie untere Grenze wegen Spannung des Abdomens nicht genau festzustellen. Milz unverändert, deutlich palpabel. Puls 80, Resp. 24; höchste Temperatur 38,0.

9. VII. Nach der Injektion von liq. natr. arsen. (0,014) ungefähr 10 Minuten anhaltende brennende Schmerzen. Gegen Abend und Nachts immer leichte Temperatursteigerung (38,3), Puls 92, Resp. 24.

10. VII. Drüsenschwellungen unverändert. Haemoglobingehalt 30 %. Injektion von liq. natr. arsen. (0,016). Puls 92, Resp. 24, höchste Temperatur 38,5.

11. VII. Die Schwellung des Beines ist unverändert. Die Leber ist druckempfindlich, Dämpfungsgrenzen grösser als bisher, Consistenz gesteigert, unterer Rand nicht palpabel. Injektion von liq. natr. arsen. (0,018). Puls 84, Resp. 24; höchste Temperatur 37,6.

12. VII. Blutdruck 65, Milz 22 : 12, Puls 100, Resp. 24, höchste Temperatur 38°. Liq. natr. arsen. 0,02.

13. VII. III. klinische Vorstellung.

Das rechte Bein ist sehr schmerzhaft und ödematös, besonders der Oberschenkel, und kann nicht bewegt werden. In der rechten Inguinalgegend derbe Infiltration; Oedem geringer als in den letzten Tagen. In der Tiefe eine geschwellte Drüse fühlbar. Beträchtliches Oedem des lab. maioris dextr. Milz 20 : 11. Blutdruck 60; Haemoglobingehalt 60 %, Puls 104, Resp. 20; höchste Temperatur 37,7. Liq. natr. arsen. 0,02.

14. VII. Puls 96, höchste Temperatur 37,4. Injektion von 0,02 liq. natr. arsen.

15. VII. Milz 17 : 9, Puls 96, Resp. 32, höchste Temperatur 37,9; liq. natr. arsen, 0,02.

16. VII. Die Drüsentumoren zeigen keine wesentliche Veränderung. Milz 22 : 10,5, Blutdruck 70; Puls 104, Resp. 32; liq. natr. arsen. 0,02. Abends $^1/_2$ Stunde nach der Injektion ausgesprochener Collaps, nahezu Herzstillstand. Haut kühl. Therapie: Ol. camphor. Die Arseninjektion wird ausgesetzt.

17. VII. Nachmittags etwa 10 Min. vor 3 Uhr wird Pat. plötzlich sehr unruhig, schlägt mit den Händen um sich und klagt über Herzklopfen. Um $3^1/_4$ Uhr tritt plötzlicher Collaps und Stillstand von Atmung und Herzthätigkeit ein. Gesicht cyanotisch. Unter künstlicher Atmung, Abklatschen, Faradisation der nn. phrenici und Injektionen von Ol. camph. kehrt der Puls und die Atmung auf kurze Zeit wieder. Pat. hat nunmehr Schaum vor dem Munde, die nach rechts gekehrte Zunge und die rechte Gesichtshälfte hängen herab. Strabismus divergens, dann leichte klonische Zuckungen in beiden Händen.

Um 4 Uhr exitus letalis.

Die Diagnose lymphatische Pseudoleukämie wurde bis zum Ende aufrecht erhalten.

Die am 18. VII. vorgenommene Sektion ergab nun ein überraschendes Resultat. Die Leichendiagnose lautete:

Allgemeine lymphatische Tuberculose, Paratyphlitis und retroperitoneale Phlegmone des subserösen Gewebes der hinteren Darmwand rechts, Adhaesiv-Perityphlitis, Verlegung und Eiterung in den rechten Oberschenkelvenen, starkes Oedem der rechten unteren Extremität und der rechtsseitige Bauchgegend, Erweichungen beiderseits im corpus lentiforme.

Der anatomische Befund lautete in seinen wesentlichen Teilen:

Mittelgrosse weibliche Leiche, Haut blass, rechte untere Extremität, rechte Thorax- und Bauchwand ödematös, Abdomen vorgewölbt, reichliche Striae; corneae leicht getrübt; die inframaxillaren, supra- und infraclaviculären, dessgleichen die axillaren und inguinalen Lymphdrüsen zu grossen durchfühlbaren Packeten geschwellt. Totenstarre nicht vorhanden. Das Fettpolster ist mässig entwickelt, die Muskulatur blassbraun. Das Zwerchfell steht rechts in der Höhe der V., links in der Höhe der VI. Rippe. Die Milz überragt etwa daumenbreit den Rippenbogen, die Leber liegt ungefähr 4 Finger breit unter dem Schwertfortsatz vor; das grosse Netz ist durch zwei Spangen in der Gegend des Beckeneingangs adhärent. Das Coecum adhäriert mit einem im kleinen Becken befindlichen, sich cystös anfühlenden Körper; die Darmserosa ist glatt und glänzend; im oberen Teile des Pancreas zeigen sich einige weissliche bis gelbliche derbe Knoten. Die rechte Lunge ist an der Spitze verwachsen; in der R. Pleurahöhle ist etwa $^1/_2$ l einer hellen, klaren, serösen Flüssigkeit angesammelt; die linke Lunge ist allseitig fest verwachsen, linke Pleurahöhle und Herzbeutel obliteriert.

Rechte Lunge etwas gebläht, Oberfläche an vielen Stellen etwas eingesunken, livide verfärbt und von derber Consistenz; an der Spitze ein sehr derber Herd in der Ausdehnung einer Wallnuss. Die Lungenarterien sind leer, die Schnittflächen im

Ober- und Unterlappen ziemlich trocken; an der Grenze von Ober- und Mittellappen strahlig pigmentierte, narbige Einlagerungen mit einem käsigen, fibrösen, brüchigen Zentrum. An der Spitze schwer fühlbare Verdichtungen, die central graue, wenig scharf abgegrenzte Knötchen einschliessen.

Linke Lunge mittelgross, von mässiger Consistenz. In der Nähe der Spitze teils rundliche, teils langgestreckte, anscheinend zum Teil den Bronchien entsprechende Käseherde. Das Zwischengewebe ist leicht induriert. Der Oberlappen ist anämisch, der Unterlappen etwas blutreicher. In den Gefässen nirgends besonderer Inhalt. Bronchialschleimhaut blass, fast ohne Belag.

Der rechte Herzventrikel ist sehr dickwandig und fast leer, sein Endokard durchsichtig; die Trabekeln und Papillarmuskeln sehr kräftig entwickelt, Pulmonalklappen zart, frei beweglich. Conus pulmonalis leer.

Der linke Ventrikel ist leer, die Aortenklappen zart und frei beweglich; die Coronargefässe verhältnismässig dünnwandig. Der Arcus zeigt leichte, schwielige, atheromatöse Verdickungen, die Mitralklappe ist ohne Besonderheiten. Das Endokard des Vorhofs ist etwas dicker als das des Ventrikels.

Die Milz ist stark geschwollen, im Hilus von verwaschener, mit weisslichen Flecken durchsetzter, sonst roter und succulenter Beschaffenheit. Die Länge der Milz beträgt 20, die Breite 12 cm. Die Kapsel ist glatt und gespannt. Auf der Schnittfläche sieht man braunrote, gequollene, in reichlicher Menge abstreifbare Pulpa, an einer Stelle einen kleinen erbsengrossen, scharf abgegrenzten, käsigen Herd. Die Follikel und das Gerüst sind eben noch erkennbar.

Die Leber ist gross und schwer; ihre Oberfläche zeigt namentlich links unten leichte netzförmige Einziehungen. Ihre Consistenz ist vermehrt, die Ränder scharf. Die Schnittfläche ist sehr deutlich granuliert durch weissliche und gelbliche prominente Partieen. Das Zwischengewebe ist graubraun, besondere Herde sind mit blossem Auge nicht erkennbar. Die Gefässe sind auffallend leer, der Blutgehalt gering.

Die linke Niere ist gross, die fibröse Kapsel nicht adhärent, die Oberfläche glatt und blass. Auf der Schnittfläche zeigt sich die Rinde grau gefärbt, etwas verbreitert (misst 9 mm) und ist

von fast markigem Aussehen und auffallend vermehrter Consistenz. Die Markkegel sind in der Grenzzone leicht gestreift.

Die rechte Niere ist von ungefähr gleicher Grösse als die linke. Die Oberfläche zeigt vereinzelte, leichte narbige Einziehungen. Die Schnittfläche verhält sich ähnlich wie die der linken Niere.

Hinter dem colon ascendens zeigt sich bei der Herausnahme des Darms etwas Eiter, der sich aus dem eingerissenen subserösen und tiefer liegenden Gewebe der rechtsseitigen Bauchwand entleert. Hier findet sich in der Ausdehnung eines Handtellers eine eiterige Infiltration, rechts im Beckeneingang findet sich an der Innenfläche der Darmbeinschaufel eine phlegmonöse Eiterung bis auf den Knochen. Die Drüsen der Inguinalgegend sind stark geschwellt und die Umgebung mit dicken fibrösen Massen durchsetzt. Aus der vena saphena magna entleert sich auf Druck eine dünne eiterige Flüssigkeit. Die Venenwand ist eiterig infiltriert und gequollen. Der Wurmfortsatz ist derb und mündet in die Eiterhöhle. Der Uterus ist dickwandig, sein Lumen verschlossen.

Der Magen- und Darmkanal zeigen ausser anämischen Schleimhäuten keine Besonderheiten.

Die Diploë des Schädeldachs ist sclerosiert; in den hinteren Schädelgruben sammeln sich bei Herausnahme des Gehirns reichliche Flüssigkeiten. Das Gehirn ist klein, die weichen Häute zart, die Gefässe dünnwandig; die Ventrikel enthalten klares Serum. Die Rinde ist graugelb und sehr blass, desgleichen der Plexus. In den Stammteilen findet sich eine etwa kirschgrosse, mit einer ockergelben Bindegewebsmembran unvollkommen ausgekleidete Höhle. In der Umgebung sieht man vereinzelte, kleine, gallertige alte Erweichungsherde.

Der Lymphdrüsenapparat zeigte folgende Veränderungen:

Die trachealen z. T. bis zu Wallnussgrösse geschwollenen Lymphdrüsen von ausgedehnten Käseherden durchsetzt, im übrigen pigmentiert.

Die Bronchialdrüsen sind klein und pigmentiert, enthalten trockene, z. T. mörtelartige Massen, z. T. sind sie auch weisslich gefärbt.

Die im Hilus der Milz eingelagerten Drüsen sind in toto verkäst oder zeigen grössere, scharf abgegrenzte, käsige Ein-

lagerungen. In einer Drüse befinden sich kleine erbsengrosse, fibrös abgekapselte, ausgesprochene käsige Herde.

In der porta hepatis finden sich mehrere geschwollene Drüsen eingelagert, gleichfalls verkäst.

Die retroperitonealen Lymphdrüsen sind vergrössert, rötlich und z. T. markig geschwellt.

In der linken Inguinalgegend findet sich eine fast kartoffelgrosse, auf der Schnittfläche trockene, käsige und brüchige Drüse.

Mesenterialdrüsen gleichfalls geschwellt.

Dieser aussergewöhnliche anatomische Befund veranlasst uns zu der Frage: Wie konnte hier die Diagnose Pseudoleukaemie gestellt werden?

Fassen wir das Wesentliche der Krankengeschichte nochmals kurz zusammen, so handelt es sich hier um eine Person in mittleren Jahren, ohne nachweisbare hereditäre Belastung, die früher keine wesentlichen Krankheiten zu überstehen hatte und seit etwa vier Jahren Drüsenschwellungen ohne Beschwerden hat. In letzter Zeit kamen dann allmählich zunehmende allgemeine Mattigkeit und Gliederschmerzen dazu. Ausser diesen Symptomen liess sich absolut nichts ermitteln.

Die diagnostischen Erwägungen konnten sich infolgedessen nur innerhalb enger Grenzen bewegen. Es konnte sich nur handeln um Leukaemie, tuberculöse Lymphdrüsentumoren oder um Pseudoleukämie, eventuell noch um Lymphosarkomatose.

Gegen Leukaemie, einer Krankheit, deren eigentümlichstes Symptom die Vermehrung weisser Blutkörperchen im kreisenden Blut ist, verbunden mit hyperplastischen Veränderungen der blutkörperchenbereitenden Organe und daraus resultierendem Auftreten abnormer Leukocytenformen im Blute, sprach jedoch die verhältnismässig geringe Vermehrung der Leukocyten (das Verhältnis der weissen zu den roten Blutkörperchen war 1 : 237) und der relativ hohe Hämoglobingehalt, (obwohl im allgemeinen

keine scharfe Grenze zu ziehen ist, rechnet man doch erst diejenigen Fälle zur Leukämie, in denen das Verhältnis W : R 1 : 100 bis 1 : 200 ist), ausserdem das Fehlen der pathologischen Leukocytenformen.

Tuberculose konnte man nicht annehmen, da vor allem die wichtigsten Symptome, Husten und Auswurf, vollständig fehlten, ferner das bei dieser Erkrankung fast regelmässig vorhandene, ziemlich hohe Fieber sehr gering war (die Temperatur stieg während des ganzen Krankheitsverlaufs nicht über 38,8°). Ausserdem war ausser einer leichten Schallverkürzung über beiden Lungenspitzen nicht das geringste Zeichen einer tuberkulösen Erkrankung nachzuweisen.

Die an einem fluktuierendem Tumor in der rechten Leistengegend vorgenommene Punktion ergab keine Flüssigkeit, sodass ein mikroscopisches Präparat nicht hergestellt werden konnte. Endlich wäre noch anzuführen, dass bei lymphatischer Tuberkulose die Lymphdrüsengeschwülste nicht so multipel auftreten als in unserem Fall.

Man hätte nun noch an Lymphosarcomatosis denken können. Doch ist dagegen einzuwenden, dass die Sarkome, wie überhaupt die bösartigen Tumoren, sich durch sehr rasches Wachstum auszeichnen, was in unserem Falle keineswegs zutrifft. An den längere Zeit beobachteten Tumoren konnte keine wesentliche Grössenzunahme nachgewiesen werden. Die Milzschwellung blieb fast unverändert. Zudem ist in den meisten Fällen von Lymphosarkomatose keine Blutveränderung zu bemerken, dagegen tritt zuweilen eine Lymphocytenverminderung auf.

Nachdem somit der Verdacht auf die eben genannten Krankheiten ausgeschlossen war, blieb nur noch die Diagnose Pseudoleukaemie übrig, auf welche der Symptomenkomplex der vorliegenden Krankheit genau passte

Da waren vor allem die allseitig verbreiteten Lymphdrüsenschwellungen, dann die enorme Vergrösserung der

Milz, die Leberschwellung und die relative Leukocytose. Dazu kam dann noch das allgemeine Mattigkeitsgefühl und die starke Anämie, lauter Symptome, die für Pseudoleukämie charakteristisch sind.

Bei der Beobachtung eines solchen Krankheitsbildes war es direkt unmöglich, eine andere Diagnose zu stellen.

Die klinische Diagnose Pseudoleukaemie war also vollkommen gerechtfertigt.

Halten wir nun das klinische Bild und den oben besprochenen Sektionsbefund gegen einander, so fällt uns vor allem auf, dass bei dem schon so weit vorgeschrittenen Prozess (vollständige Verkäsung der Lymphdrüsen und ausgedehnter Eiterherd) beinahe kein Fieber vorhanden war. Dieses Symptom ist ganz aussergewöhnlich.

Ueberraschend ist ferner die Complication mit Paratyphlitis, Adhaesiv-Perityphlitis und retroperitonealer Phlegmone, die bereits eine solche Ausdehnung erlangt hatte, dass die Beckenknochen zum Teil blossgelegt und nekrotisch waren. Der Eiterherd erstreckte sich sogar bis auf die Oberschenkelvenen.

In hohem Grade auffallend ist es, dass der grosse phlegmonöse Herd im Leben keinerlei Symptome verursachte, mit Ausnahme nur geringer, später allerdings zunehmender Druckempfindlichkeit des rechten Beines. Man war infolgedessen geneigt, die Schwellung des Beines lediglich zurückzuführen auf Oedeme, verursacht durch eine Thrombose der vena femoralis bezw. iliaca infolge Compression durch Drüsentumoren. Die Eiterung konnte unter keinen Umständen diagnostiziert werden.

Ein perityphlitischer Abscess ohne jegliche Druckempfindlichkeit des Abdomens, wie es bei unserer Patientin der Fall war, ist zweifellos eine grosse Seltenheit.

Wie haben wir uns nun das Fehlen der wichtigsten Symptome, Fieber und Schmerzhaftigkeit, zu erklären, und von welcher Stelle ging der perityphlitische Abscess aus?

Wie verschiedene Autoren (Nothnagel) angeben, gibt es peritonitische Erkrankungen tuberkulöser Natur, bei denen der Leib keine besondere Auftreibung zeigt, weich, eindrückbar und nicht schmerzempfindlich ist. Dabei kann die Krankheit vollständig fieberlos verlaufen.

Ohne Zweifel haben wir es hier mit einer solchen „latenten Tuberkulose“ zu thun.

Was nun den Ausgangspunkt des eiterigen Prozesses anlangt, so gibt es hier zwei Möglichkeiten.

Am nächsten liegt die Vermutung, derselbe sei die Folge einer Appendicitis. Diese Krankheit bildet ja in der Regel den Anlass zu perityphlitischen Abscessen.

Wie wir aus dem Sektionsbericht wissen, war der Wurmfortsatz derb und in die Eiterhöhle mündend. Ausser einer Verdickung der Wand desselben und der des Coecums zeigte der übrige Darm keine Besonderheiten. Gewöhnlich findet sich aber bei tuberkulöser Skolikoiditis (Nothnagel) auch eine mehr oder weniger ausgebreitete Tuberkulose anderer Darmabschnitte.

Nach dem zu Grunde liegenden Befund kann man sich die Pathogenese des Eiterherdes auch folgendermassen erklären:

Das primäre Leiden war eine tuberkulöse Infiltration im rechten Oberlappen, die im Laufe der Zeit zu einer etwa wallnussgrossen Induration geschrumpft war. Die tuberkulöse Affektion hatte die Erkrankung der Lymphdrüsen zur Folge und von diesen aus, wahrscheinlich durch Bersten einer oder mehrerer Mesenterial- bezw. retroperitonealer Lymphdrüsen gelangten dann die Infektionskeime in die freie Bauchhöhle und verursachten hier die ausgedehnte eiterige Entzündung.

Welche von beiden genannten Möglichkeiten die grössere Wahrscheinlichkeit für sich hat, ist nicht leicht zu entscheiden.

Meine Meinung neigt der letzteren Auffassung zu.

Wie dem auch sein mag, jedenfalls ist eine Kombination von lymphatischer Tuberkulose mit Paratyphlitis, Adhaesivperityphlitis und retroperitonealer Phlegmone eine ausserordentliche Seltenheit.

Ich habe in der Litteratur vergeblich nach ähnlichen Fällen gesucht; es ist mir nicht gelungen, solche zu entdecken.

Hingegen finden wir, sehen wir von dieser seltenen Komplikation ab, in der Litteratur eine Reihe von Fällen klinischer Pseudoleukämie, deren Obduktionsbefund in seinem anatomischen Verhalten mit dem unsrigen ziemlich übereinstimmt, ausgenommen natürlich die Eiterung im Becken. Diese Fälle müssen zum Teil als zusammengehörig mit dem unsrigen betrachtet werden. Dieselben werden teils als eine unter dem Bild der Pseudoleukämie verlaufende Lymphdrüsentuberkulose, teils als Kombination von Pseudoleukämie und Tuberkulose gedeutet.

Die älteste hierher gehörige Beobachtung dürfte die Wunderlichs über einen Fall sein, in dem neben entschiedener Hyperplasie zahlreicher Lymphdrüsen, einer „um das Doppelte vergrösserten Milz mit einzelnen lymphatischen Knötchen“ einige Lymphdrüsen käsige Stellen zeigten, im Hirn zwei käsige Knoten sassen und auch in den Nieren einige kleine gelbe Tuberkel sich fanden.

Wunderlich zählt dieses Krankheitsbild zu den scrophulösen Erkrankungen.

Zahlreiche unter dem Bilde einer Pseudoleukämie verlaufende Krankheitsfälle finden wir in der neueren Litteratur.

So haben Waetzhold und Askanazy (Beiträge zur pathol. Anatomie und allgemeinen Pathologie v. Ziegler, Jahrgang 1888, Bd. III) Fälle veröffentlicht, die klinisch unter dem Bilde der Pseudoleukämie verliefen, bei denen sie mikroskopisch eine Tuberkulose des Lymph-

drüsenapparates nachweisen konnten, obwohl von Verkäsung, Verkalkung oder Schmelzung nichts vorhanden war.

Diese Autoren sind geneigt, ein näheres kausales Verhältnis der Pseudoleukämie zur Tuberkulose anzunehmen.

Auch gelang es Brentano und Tangl (deutsche med. Wochenschr. 1891 No. 17) in einem Falle, durch Impfungen von pseudoleukämischer Drüsensubstanz auf Meerschweinchen, typische Impftuberkulose zu erzeugen, obwohl die sehr genaue Untersuchung einiger erkrankten Drüsen keine tuberkulösen Veränderungen oder Tuberkelbazillen ergeben hatte.

Da aber der Nachweis von Tuberkulose auf die eine oder andere Weise in vielen Fällen nicht gelang, sah man sich immer wieder verleitet, die genannten positiven Fälle als zufällige Kombination einer Pseudoleukämie mit Tuberkulose zu deuten.

Einzelne Forscher jedoch weisen schon seit Jahren darauf hin, „dass es eine generalisierte echte Lymphdrüsentuberkulose gibt, welche klinisch unter dem Bilde einer Pseudoleukämie verläuft". Baumgarten hat sie als „pseudoleukämische Form der Lymphdrüsentuberkulose" bezeichnet. Billroth spricht die Vermutung aus, das harte maligne Lymphom sei eine wahre bacilläre Tuberkelkrankheit und A. Dietrich sagt: „Es gibt (neben Kombinationen von malignen Lymphomen mit Tuberkulose der Drüsen), nicht selten Fälle von multiplen Lymphomen, bei denen die klinische Diagnose zwischen malignen und tuberkulösen Lymphomen kaum zu stellen ist; ja es gibt eine seltene Form tuberkulöser Drüsenerkrankung, welche völlig unter dem Bilde eines malignen Lymphoms verläuft, ohne Erweichung und Aufbruch, ja selbst auf dem Sektionstische noch nicht erkannt werden kann".

In letzter Zeit hat nun Sternberg (Zeitschrift für Heilkunde 1898 Bd. XIX) diese Sache neuerlich genau ge-

prüft und wie es scheint, zu einem gewissen Abschluss gebracht. Es gelang ihm, nachzuweisen, dass es sich bei einer grossen Reihe von sogenannten Pseudoleukämieen wirklich „um eine eigenartig verlaufende Form der Tuberkulose des lymphatischen Apparates handelt, die sich im Wesentlichen dadurch charakterisiert, dass es im lymphatischen Apparate (Drüsen, Milzfollikel etc.) mehr oder weniger zur Bildung eines eigenartigen Granulationsgewebes kommt, das sich durch seinen oft sehr bedeutenden Reichtum an überaus grossen Zellen auszeichnet. Dieselben haben im Allgemeinen sehr viel Protoplasma und einen oder mehrere grosse, verschieden gestaltete, meist sehr intensiv färbbare Kerne. Dieses Granulationsgewebe ist bald mehr, bald minder reichlich und diffus in den verschiedenen lymphatischen Organen entwickelt, oft so reichlich, dass das ursprünglich vorhandene Gewebe nur mehr auf spärliche Reste beschränkt ist.

Auf der Entwicklung dieses Granulationsgewebes beruht auch die bedeutende Vergrösserung der befallenen lymphatischen Organe, die eben zur Verwechslung dieses Krankheitsbildes mit dem der Pseudoleukämie führte. In der Mehrzahl der Fälle kommt es — wenn auch sehr spät — zur Entwicklung eines typischen tuberkulösen Granulationsgewebes (miliare Tuberkel), ganz ähnlich wie in den gewöhnlichen Fällen einer universell verbreiteten Drüsentuberkulose." —

Auf Grund seiner Befunde sieht sich Sternberg berechtigt, die Auffassung, als wären diese Fälle der Pseudoleukämie zuzurechnen, a limine abzuweisen und widerspricht mit ebensolcher Sicherheit der Auffassung älterer Autoren, die in analogen Fällen eine Kombination von Pseudoleukämie und Tuberkulose erblicken.

„Damit", schliesst Sternberg, wird allerdings das Gebiet der Pseudoleukämie sehr wesentlich eingeschränkt und wir glauben daher, dass aus vorstehenden Unter-

suchungen hervorgeht, dass die Diagnose Pseudoleukämie immer erst nach eingehender histologischer Untersuchung, unter Umständen sogar erst nach Vornahme des Tierexperimentes gestellt werden darf, da sicherlich nach Ausschluss jener Fälle, die direkt als Lymphosarkom bezeichnet werden müssen, eine grosse Zahl, vielleicht die Mehrzahl der als Pseudoleukämie bezeichneten Fälle sich als eigentümliche Tuberkulosen des lymphatischen Apparates, wie sie hier geschildert wurden, erweisen dürfte.“ —

Damit glaubt Sternberg bewiesen zu haben, dass die Pseudoleukämie in keinerlei Zusammenhang mit der Tuberkulose des lymphatischen Apparates steht.

Ob es sich aber in diesen Fällen um eine reine Tuberkulose handelt, ohne jegliche Komplikationen, darüber zu entscheiden, sind wir nach der immerhin noch geringen Menge des Materials, welches in jeder Beziehung brauchbar ist, nicht in der Lage.

Es wird die Aufgabe weiterer ätiologischer Untersuchungen sein, die Begriffe Pseudoleukämie und lymphatische Tuberkulose vollständig zu klären.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Privatdozent Dr. Sittmann für die freundliche Ueberlassung dieser Arbeit, sowie für die bereitwillige Unterstützung bei der Ausarbeitung derselben, desgleichen Herrn Prof. Dr. v. Bauer für die gütige Uebernahme des Referats an Stelle des verstorbenen Herrn Geheimrats Dr. v. Ziemssen meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Askanazy: Tuberculöse Lymphome unter dem Bilde febriler Pseudoleukämie verlaufend (Zieglers Beiträge zur path. Anatomie. 1888 Bd. III.)

Sternberg: Ueber eine eigenartige, unter dem Bild der Pseudoleukämie verlaufende Tuberculose des lymphatischen Apparates (Zeitschrift für Heilkunde. 1898. Bd. 19).

Türk: Pseudoleukämie und Lymphosarkomatose (Wiener klin. Wochenschr. 1899 Nr. 40).

Westphal: Beitrag zur Kenntnis der Pseudoleukämie (Deutsches Archiv f. klin. Medizin. 1893. Bd. 51).

Nothnagel: Capitel über Pseudoleukämie, Perityphlitis und Paratyphlitis.

Lebenslauf.

Ich, Johannes Hüttig, geb. am 7. Januar 1878 zu Titschendorf (Reuss j. L.) als Sohn des kgl. Pfarrers Bernhard Hüttig und seiner Ehefrau Ida, geb. Oehm, besuchte vom 6. bis 10. Lebensjahre die Volksschule zu Mistelgau, Bezirksamts Bayreuth, alsdann die Lateinschule zu Windsbach bei Ansbach. Im Jahre 1891 bezog ich das humanistische Gymnasium zu Erlangen, welches ich im Jahre 1896 absolvierte.

Ich besuchte hierauf die Universität Erlangen, wo ich am Schluss meines 4. Semesters die ärztliche Vorprüfung bestand und im 5. als Einjährig-Freiwilliger im kgl. bayer. 19. Infanterie-Regiment meiner Militärpflicht genügte. Im 6. und 7. Semester studierte ich in München, das 8. Sem. verbrachte ich an der Universität zu Berlin. Im 9. Sem. kehrte ich nach München zurück, wo ich im Juli 1901 das ärztliche Approbationsexamen bestand.

Vom 1. Oktober 1901 bis 1. April 1902 diente ich als Einjährig-Freiwilliger Arzt im kgl. bayer. 1. Chev.-Reg. zu Nürnberg.